PROVIDER Child and Adult Care Food Program Income Application Fiscal Year 2006 (Spanish)

**SOLICITUD DE INGRESOS PARA EL PROGRAMA ALIMENTICIO PARA EL PROVEEDOR
AÑO FISCAL 2006**

Para aplicar reembolsos de las comidas que le sirve a sus propio hijos, cuidadosamente llene, firme, feche y devuelva esta solicitud a su patrocinador.

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Llene esta parte para sus hijos si **NO** están incluidos en estampillas de comida, TANF o FDPIR.

	Nombre de Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Apunte **TODOS LOS NOMBRES** de los **MIEMBROS DEL HOGAR**. INCLUYASE USTED MISMO, OTROS ADULTOS Y NIÑOS. NO INCLUYA A LOS NIÑOS APUNTADOS ARRIBA, A MENOS QUE RECIBAN INGRESOS CON REGULARIDAD. Escriba la cantidad del INGRESO MENSUAL y la fuente de cada persona en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso **BRUTO** ANTES de las deducciones de impuestos, seguro social, etc.

NOMBRE	Ingresos mensuales del trabajo (antes de deducir impuestos)	Beneficios mensuales de TANF, mantenimiento del niño, y Mantenimiento de Divorcio	Ingresos mensuales de pensiones y del seguro social	Todo los demás ingresos mensuales
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

ELEGIBILIDAD CATEGORICA

Llene esta parte para sus hijos si actualmente recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas.

Estampillas de comida # del caso: _____	TANF # del caso: _____	FDPIR # del caso: _____
Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

NIÑOS ADOPTIVOS (FOSTER CHILDREN)

Los niños adoptivos (foster children) son elegibles para reembolso de comidas sin importar los ingresos de la casa en la que residen. Si tiene niños adoptivos en su casa, por favor indique los nombres aquí y el total de ingresos que cada niño recibe para uso personal.

Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento	Ingresos
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

PROVIDER APPLICATION

Nombre (letra de imprenta) : _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Teléfono (hogar) _____ Teléfono (trabajo) _____

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se da en conexión al recibir Fondos Federales; que la institución oficial puede verificar esta información; y que un proposito mal deliberado o mal representado puede exponerme a un juicio bajo los estatutos criminales de estatales y federales aplicables.

CONFIDENCIALIDAD: La información que usted submitio será tratada confidencial y se usara unicamente para determinar la elegibilidad y verificación de datos para el programa alimenticio para niños y adultos en cuidado (Child and Adult Food Program).

Firma

Número de Seguro Social

Fecha

Guía de Elegibilidad de Ingresos				Yo, por ahora, prefiero no llenar la solicitud de ingresos para consideración de elegibilidad.	
Efectivo desde el 1 de julio, 2005 hasta el 30 de junio, 2006				Si	No
Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal		
1	\$17,705	\$1,476	\$341		
2	23,736	1,978	457		
3	29,767	2,481	573		
4	34,798	2,984	689		
5	41,829	3,486	805		
6	47,860	3,989	921		
7	53,891	4,491	1,037		
8	59,922	4,994	1,153		
Por cada miembro de familia adicional añada	+6,031	+503	+116		

Firma

Fecha

Raza/Identidad Etnica: No se le requiere contestar esta pregunta. Por favor indique la categoría.

BLANCO - no de origen Hispano

AFRICANO - no de origen Hispano

HISPANO

ASIATICO o Islas del Pacifico

INDIO AMERICANO o Nativo de Alaska

"Section 9 of the National School Act" requiere que, Usted debe de incluir el número de seguro social en la solicitud. A no ser que se submita el número de caso de las estampillas de comida, TANF (asistencia en efectivo) o FDPIR. Este puede ser el número de seguro social del padre de familia o de la persona responsable que firma la solicitud, o indicar que no se tiene un número de seguro social. No es obligatorio submitir un número de seguro social, pero si no se submita un número de seguro social o no se indica "NONE" (que no obtiene un numero), la solicitud no se podra aprobar. Esto se debe explicar a la persona responsable cuyo número de seguro social se ha dado. El número de seguro social puede ser utilizado para identificar a la persona responsable del hogar para verificar que la información que se ha dado en la solicitud es correcta. Esta verificación es posible por medio de una revision, auditorías o investigacion del programa, y puede incluir ponerse en contacto con el empleador (patron) para determinar el salario, tambien el contacto a las oficinas de estampillas de comida, TANF o FDPIR, o a las oficinas de seguridad de empleo del estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación submitida por la persona responsable o para verificar los ingresos que se reciben. Si la informacion submitida es incorrecta puede ser posible que pierda o haya reducciones en los beneficios, en los reclamos administrativos o haya acciones legales.

For Sponsor Use Only

Approved by: _____	Total Household Size: _____	Children in each category
Approved date: _____	Total Monthly Income: _____	() Eligible
		() Ineligible